

鹿屋市長 様

鹿屋市遠方分娩施設出産応援事業交付申請書兼請求書

鹿屋市遠方分娩施設出産応援事業における助成金の交付を受けたいので、以下に記載された同意・誓約事項の全てを同意した上で、鹿屋市遠方分娩施設出産応援事業実施要綱第5条の規定により関係書類を添えて申請及び請求します。

1 申請者

氏名		続柄	<input type="checkbox"/> 本人（子の母） <input type="checkbox"/> 夫（子の父） <input type="checkbox"/> その他の養育者（ ）
住所 （電話）	()		

2 助成金の申請

申請額合計	円
申請理由	<input type="checkbox"/> 医学的な理由等により、移動時間が住所地からおおむね60分以上かかる周産期母子医療センター等で健診受診及び分娩する必要があるため。
里帰り出産	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり [里帰り先住所] () 様方) [里帰り先の居住地から出産医療機関までの所要時間] おおむね 分

(※ 助成額は、鹿屋市遠方分娩施設出産応援事業実施要綱第5条により算出された額となります。)

〈申請内容〉

妊産婦助成			乳幼児助成		
[助成対象者]			[助成対象児]		
出産予定日 (出産日)			生年月日		
医療機関名			医療機関名		
種 別	回数 (回)	合計金額 (円)	種 別	回数 (回)	合計金額 (円)
<input type="checkbox"/> 妊 婦 健 診			<input type="checkbox"/> 1 か 月 児 健 診		
<input type="checkbox"/> 分 娩 (交 通 費)			<input type="checkbox"/> 9-11 か 月 児 健 診		
<input type="checkbox"/> 分 娩 (宿 泊 費)					
<input type="checkbox"/> 産 婦 健 診					
合計金額		円	合計金額		円

(※ 助成額は、鹿屋市遠方分娩施設出産応援事業実施要綱第5条により算出された額となります。)

3 振込先金融機関口座 (注 振込先の口座は、申請者兼請求者名義の口座を記入すること。)

金融機関名		支店名	
種 目		口座番号	
口座名義人	(カタカナで記入)		

4 同意・誓約事項について

- 以下に表記された同意・確認事項の全てに同意します。

[同意・誓約事項]

- 伴走型相談支援を受けることに同意します。
- 他市区町から当該申請に係る助成金に相当する交付を受けていません。
- 助成対象者の要件の審査のため、市が他の自治体等に対し、申請に係る情報を照会又は提供すること及び医療機関等に対し、受診内容等を照会することについて同意します。
- この申請書は、市において交付決定した後に助成金の請求書として取り扱います。
- 市が交付決定をした後、申請書兼請求書の不備による振込不能等の事由により、助成金の支払いが完了せず、かつ、市が定める期限までに申請（請求）者に連絡確認ができない場合は、市は当該申請が取り下げられたものとみなします。
- 助成金の交付後、申請（請求）者がその要件に該当しないことが判明したときは、助成金を返還します。

[添付書類]

- 「医学的な理由等」を認めると判断できる書類(母子健康手帳、妊婦健康診査受診票や医師の診断書、診療情報提供書等)の写し
- 交通費・宿泊費の領収書又は領収書に類する書類の写し
- 里帰り先の居住地の住所を示す公的な書類（里帰りしている場合のみ）
- 振込口座が確認できるものの写し